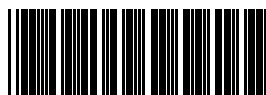


URGENT : Oui Non

CONSULTATION MÉDICALE

Nom de l'établissement



DT9040

Consultant/service
Requérant
Service demandé
<input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Consultation et soins simultanés
<input type="checkbox"/> Consultation et prise en charge <input type="checkbox"/> Consultation Pré-op
Renseignements cliniques et motifs de la demande

Date	Année	Mois	Jour	Heure		Signature	N° permis					
Avis transmis à				:	par :		Date	Année	Mois	Jour	Heure	:

RÉPONSE DU MÉDECIN CONSULTANT

Si la réponse est dictée, le médecin consultant doit consigner, dans les notes d'évolution, son opinion diagnostique et les recommandations qui sont nécessaires, de façon immédiate, pour le médecin traitant.

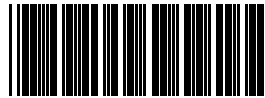
Lined area for the doctor's response.

Année	Mois	Jour	Heure
_____	_____	_____	_____
Date			Signature du médecin consultant et n° permis

URGENT : Oui Non

CONSULTATION MÉDICALE

Nom de l'établissement



DT9040

Consultant/service
Requérant
Service demandé
<input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Consultation et soins simultanés
<input type="checkbox"/> Consultation et prise en charge <input type="checkbox"/> Consultation Pré-op
Renseignements cliniques et motifs de la demande

Date				Année		Mois		Jour		Heure		Médecin traitant		Signature		N° permis	
Avis transmis à				par :		Date		Année		Mois		Jour		Heure			

AH-226 DT9040 (rév. 2004-09)

CONSULTATION MÉDICALE

PERSONNE À QUI LA DEMANDE EST ADRESSÉE